Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 432

Revista Española de Cardiología

6019-4. DISFUNCIÓN VENTRICULAR POR AMILOIDOSIS TTR EN EL PACIENTE ANCIANO: ¿CÓMO SE TRATA?

María Melendo-Viu[1], Lucía Pérez-Expósito[2], Carlos Rodríguez Pascual[1], David Dobarro Pérez[1], Sergio Raposeiras Roubín[1], Luis Manuel Domínguez Rodríguez[1], Karim Jamhour-Chelh[1], Esther Freire Castro[1], Emad Abu Assi[1] y Andrés Íñiguez Romo[1]

[1]Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. [2]Complexo Hospitalario de Ourense.

Resumen

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca (AC) es una patología infradiagnosticada como causa de insuficiencia cardiaca (IC). Describimos y analizamos las características, tratamiento y evolución en nuestra población.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ancianos (> 75 años) con AC-ATTR y fracción de eyección reducida (FEr) diagnosticados mediante técnicas no invasivas entre 2019-2021 en un hospital terciario. Se recogieron datos clínicos y de exploraciones complementarias.

Resultados: Se confirmó FEr en 13 pacientes de los 89 pacientes AC-TTR (14,6%) varones, con 81 años en el momento del diagnóstico. De ellos más de la mitad tenían factores de riesgo cardiovascular y elevada comorbilidad (tabla). Únicamente 2 pacientes habían precisado marcapasos, si bien, todos presentaban trastornos en la conducción: bloqueo de rama izquierda (N = 5), derecha (N = 5), patrón de pseudoinfarto (N = 2) o bajos voltajes (N = 1). El síntoma principal fue la disnea (85% NYHA II) siendo el único motivo de petición de la gammagrafía-DPD. Mayoritariamente, la captación fue elevada (grado 2 = 7,7% y grado 3 = 92,3%). Además, todos los pacientes presentaron dilatación auricular e hipertrofia del ventrículo izquierdo, existiendo afectación biventricular o valvular en un 46% de los casos. Únicamente se solicitaron 4 estudios genéticos que descartaron la presencia de variantes patogénicas. Los enfermos estaban basalmente tratados con IECA/ARA II/sacubitrilo-valsartán (61%), bloqueadores beta (53,8%) y antialdosterónicos (38,5%). Sin embargo, en el 46% de los casos fue necesario retirarlos por intolerancia. Por el contrario, el 80% de los pacientes precisó diurético en su seguimiento (furosemida > tiazida) que incluso se incrementó (69,2% de los casos). En el seguimiento (1,5 ± 0,3 años), 9 pacientes presentaron arritmia auricular precisando solo uno digoxina y 1 paciente presentó síncope precisando marcapasos. 11 pacientes (84,6%) presentaron IC y 4 (31%) fallecieron, siendo el 75% por causa cardiovascular. La supervivencia al año desde el diagnóstico de amiloidosis fue del 85%, disminuyendo drásticamente con la aparición de IC (fig.).

Características basales de los ancianos con AC-TTR y disfunción ventricular

Variable	N (%), media (IC95%)

Género masculino	13 (100%)
Edad (años)	81 ± 4,73
Tabaquismo	7 (53,8%)
Hipertensión	10 (76,9%)
Dislipemia	10 (76,9%)
Diabetes mellitus	4 (30,8%)
Afectación túnel del carpo	1 (7,7%)
Insuficiencia renal previa	6 (46,2%)
Creatinina basal (mg/dl)	1,75 ± 1,15
EPOC	2 (15,4%)
SAHOS	2 (15,4%)
Ictus previo	1 (7,7%)
Arteriopatía periférica	2 (15,4%)
Insuficiencia cardiaca previa	6 (46,2%)
NT-proBNP (pg/ml)	12.363 ± 22.800
FEVI (%)	36,15 ± 5,1
E/e’	7,16 ± 4,8
Fibrilación auricular	4 (30,8%)

Marcapasos	2 (15,4%)

Supervivencia en el seguimiento desde el diagnóstico de IC.

Conclusiones: Se confirma la comorbilidad de los pacientes con AC-TTR y su complejo tratamiento. El pronóstico en los pacientes ancianos con FEr empeora con la aparición de IC.